

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

244

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT-HENRI-MARIE PÉRON

Né le 28 Septembre 1901, à Châteauvillain (Haute-Marne)

FRÉQUENCE

des Fissures congénitales
de la Lèvre et du Palais

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

CHAUMONT — IMPRIMERIE ANDRIOT FRÈRES

1929

FRÉQUENCE
DES
FISSURES CONGÉNITALES
DE LA LÈVRE ET DU PALAIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ROBERT-HENRI-MARIE PÉRON

Né le 28 Septembre 1901, à Châteauvillain (Haute-Marne)

FRÉQUENCE

des Fissures congénitales
de la Lèvre et du Palais

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

CHAUMONT — IMPRIMERIE ANDRIOT FRÈRES

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et hist. naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales..	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD. °
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée..	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance...	SÉREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des mal. cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des mal. du système nerveux..	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.

Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chir. infantile et orthopédie..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale
ALAJOUANINE ...	Neurologie et Psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE ...	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fern.).	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHT Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
OLIVIER	Anatomie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
RETTNERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	{	Chargé du cours de chirurgie ortho-
MAUCLAIRE, agrégé		pédique chez l'adulte pour les acci-
		dentés du travail, les mutilés de
		guerre et les infirmes valides.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT ..		Education physique.
LEDoux-LEBARD .		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ ...		Puériculture.

Par délibération en date du 19 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père et à ma Mère,

*En témoignage de mon affection
et de ma profonde reconnaissance.*

A la mémoire de ma sœur Geneviève
et de mon frère Jean,

A Monsieur le Docteur VEAU,

A la mémoire de Madame VEAU,

*En témoignage de ma respec-
tueuse gratitude.*

Meis et Amicis.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Professeur COUVELAIRE,

Professeur de Clinique obstétricale
et gynécologique à la Faculté de
Médecine de Paris, Officier de la
Légion d'honneur,
Membre de l'Académie de Médecine,

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux,

M. le Docteur VEAU.

M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*).

M. le Professeur HARTMANN.

M. le Docteur DAUSSET.

M. le Professeur Agrégé LAIGNEL-LAVASTINE.

M. le Professeur Agrégé AUVRAY.

M. le Docteur LESAGE.

M. le Docteur MILHIT.

M. le Docteur THIROLOIX.

M. le Professeur COUVELAIRE.

M. le Docteur LORTHAT-JACOB.

M. le Docteur TRUELLE, Médecin-Chef des Asiles de
la Seine.

M. le Professeur LEGUEU.

M. le Professeur TESSIER.

M. le Professeur SEBILEAU.

M. le Professeur TERRIEN.

INTRODUCTION

Au cours de l'année 1927, pendant notre stage à la Clinique Baudelocque, nous avons été frappés par le nombre des enfants nés porteurs d'un Bec de Lièvre ou d'une fissure palatine. En effet, sur 2711 enfants, nés à la Clinique, du 1^{er} janvier au 31 décembre 1927, sept ont présenté des malformations labiales, labio-palatines ou palatines.

Nous avons voulu voir ce que devenait cette proportion sur un plus grand nombre de naissances et nous avons recensé environ 100.000 observations d'accouchements, soit environ 65.000 à la Clinique Baudelocque, de 1894 à 1927 et 35.000 à la Maternité de Port-Royal de 1917 à 1927.

Nous avons eu en outre sous les yeux le compte rendu d'un travail semblable au nôtre, paru en 1924, dans les *Annals of Surgery*, sous le titre de « The incidence of congenital clefts of the lip and palate » par John Staige Davis of Baltimore, dont nous avons pu comparer les résultats qui sont sensiblement analogues à ceux que nous avons trouvés.

Pourcentages donnés par les auteurs classiques

Les auteurs classiques estiment qu'on rencontre environ un cas de bec de lièvre pour 3.000 naissances. Le Dentu et Delbet, dans leur nouveau *Traité de Chirurgie Clinique*, rapportent la statistique de Froebelius (1911) qui trouve un cas sur 2.400 enfants à l'Etablissement des Enfants trouvés de Saint-Pétersbourg. Mais, dans ce nombre, il est fort probable que l'auteur n'a pas compris les enfants mort-nés ni ceux qui sont morts dans les jours qui ont suivi leur naissance.

Les statistiques données par J.-S. Davis ont été faites dans les cliniques d'accouchement et portent sur des enfants de race blanche et de race noire. Il classe les mères des enfants en trois séries :

- une série de race noire,
- une série de race blanche de classe moyenne,
- une série de race blanche de classe aisée.

Dans la série de race noire, il trouve sept malformations de la bouche sur 12.520 accouchements, soit un cas pour 1.788 enfants.

Dans ces sept cas, il trouve 2 cas de becs de lièvre simples, 4 cas de bilatéraux complets et une division palatine.

Trois enfants présentent en outre d'autres malformations.

Deux enfants étaient morts à la naissance et trois sont morts avant le quarantième jour.

Trois seulement étaient nettement syphilitiques.

Dans la série de race blanche de classe moyenne, Davis trouve treize malformations de la bouche sur 11.638 accouchements, soit un cas pour 895.

Cinq enfants présentent des becs de lièvre simples, six des becs de lièvre compliqués et deux une division palatine.

Deux seulement présentent des malformations associées. Six meurent avant le trente-cinquième jour. Dans aucun cas on n'a suspecté la syphilis.

Dans la dernière série, celle de la classe aisée, Davis trouve 4 cas de malformations pour 3.927 accouchements, soit un pour 981. Trois sont des becs de lièvre totaux, le quatrième est une division palatine.

Pour les deux séries de race blanche, Davis trouve donc un cas pour 915 enfants et pour la race noire une malformation sur 1170.

Fréquence des malformations labio-palatines

A la clinique Baudelocque, sur 65.368 naissances, nous avons relevé 72 cas de malformations labio-palatines (nous laissons de côté un bec de lièvre simple médian, (obs. LXVI), cas très rare et ne se rapportant pas à ceux que nous étudions.

En :

1894	3 cas	pour	2.095 naissances	
1895	0	—	2.044	—
1896	0	—	2.235	—
1897	0	—	2.260	—
1898	2	—	2.238	—
1899	1	—	2.434	—
1900	2	—	2.374	—
1901	5	—	2.163	—
1902	1	—	1.919	—
1903	3	—	2.075	—
1904	2	—	1.750	—
1905	1	—	1.797	—
1906	2	—	2.015	—
1907	2	—	1.936	—
1908	2	—	2.066	—
1909	2	—	1.990	—
1910	1	—	1.953	—

1911	1	cas pour	1.704	naissances
1912	4	—	1.580	—
1913	1	—	1.417	—
1914	3	—	1.507	—
1915	3	—	1.378	—
1916	4	—	1.418	—
1917	1	—	1.354	—
1918	2	—	1.509	—
1919	4	—	1.718	—
1920	3	—	2.140	—
1921	1	—	2.035	—
1922	0	—	1.628	—
1923	0	—	1.650	—
1924	2	—	1.849	—
1925	5	—	2.215	—
1926	2	—	2.310	—
1927	7	—	2.711	—

A la Maternité de Port-Royal, 35,521 naissances donnent 34 cas de ces malformations.

En:

1917	4	cas pour	2.821	naissances
1918	3	—	2.388	—
1919	5	—	3.144	—
1920	2	—	3.499	—
1921	1	—	2.850	—
1922	2	—	3.047	—
1923	7	—	3.301	—

1924	2 cas pour	3.499 naissances	
1925	3 —	3.714	—
1926	1 —	3.821	—
1927	4 —	3.437	—

Nous étudierons plus loin les diverses variétés de formes présentées par ces malformations.

Ces chiffres nous montrent déjà qu'il naît un enfant porteur d'une malformation de la bouche pour 942 naissances; les statistiques américaines nous donnent la proportion de 1 pour 915.

Antécédents maternels

Les mères des enfants sont presque toutes de nationalité française et appartiennent à la classe laborieuse qui forme la clientèle habituelle des maternités de Paris.

Au point de vue de leurs antécédents héréditaires, dans 36 observations nous ne relevons rien d'anormal. Dans 10 cas le père ou la mère ou les deux sont morts de tuberculose.

Neuf fois un des parents est mort de cardiopathie; quatre fois de néoplasme.

Dans les antécédents nous relevons encore sept cas de mort à la suite de congestion cérébrale et deux cas de mort subite.

L'observation ix nous apprend que la mère de la femme était une jumelle, que la sœur de cette mère a eu deux gestations doubles, la mère du mari est aussi une jumelle; elle est en outre la cousine germaine de sa bru.

Dans les observations xxxiii et xci, nous trouvons des gestations doubles à l'avant-dernière génération.

Dans l'observation xxxiv, la mère de la femme a eu deux jumeaux morts à la naissance.

Dans l'observation LIII, les jumeaux, frères de la femme, sont décédés à trois mois.

Antécédents maternels personnels

L'âge des mères varie entre 17 et 44 ans.

52 ont de 17 à 25 ans.

19 ont de 26 à 30 ans.

19 ont de 31 à 35 ans.

15 ont de 36 à 44 ans.

Sept de ces mères sont tuberculeuses ou suspectes de tuberculose.

Une a présenté de la chorée dans son enfance.

Une autre a fait de la paralysie infantile, une de l'hémiplégie spasmodique.

A 14 ans, une des mères a fait une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Une autre (obs. LIV), présente une luxation congénitale de la hanche gauche et un pied bot bilatéral.

Une dernière a été opérée d'un kyste de l'ovaire quatre ans avant son accouchement.

14 femmes étaient réglées de façon irrégulière.

Chez cinq femmes nous trouvons une malformation labio-palatine. Nous étudierons plus loin leurs observations.

Nous réserverons à la syphilis un chapitre spécial, lorsque nous aurons étudié l'histoire des grossesses et les rapports placentο-foœtaux.

Antécédents obstétricaux

43 mères sont des primipares, soit environ 40%.

22 sont des secundipares, 4 ont eu leur première gestation interrompue par un avortement, au cours des 1^{er}, 2^e, 3^e, et 6^e mois; deux ont eu des enfants mort-nés à leur premier accouchement, l'une à terme, l'autre au cours du 8^e mois.

13 femmes sont des tertipares; l'une d'elles (obs. xci), a eu une première gestation gemellaire, les deux enfants sont décédés à 4 et 7 mois, de méningite. Une autre a perdu son deuxième enfant à 3 mois. Une troisième a eu deux avortements. Trois femmes ont eu un avortement au cours de leur première gestation, l'une a eu un enfant mort-né à sa deuxième grossesse. Enfin deux femmes n'ont pu mener leur deuxième gestation qu'à 5 et 6 mois.

12 femmes sont des quartipares; dans l'obs. xxxiii, la mère a eu une première gestation gemellaire, l'un des jumeaux meurt le vingt-septième jour. Une autre perd son troisième enfant de méningite à trois mois. Une troisième perd ses trois premiers de la même maladie. Dans un cas (obs. lxiii), le premier enfant présente une perforation de la voûte palatine. Trois femmes ont eu un avortement.

Cinq femmes sont à leur cinquième gestation:

l'une d'elles a perdu un enfant de méningite, trois autres ont eu des avortements.

De trois sextipares, l'une perd son troisième enfant de méningite — la seconde a eu deux avortements — la dernière a fait une fausse couche, au cours de sa deuxième et de sa troisième grossesses et, à la quatrième, a donné naissance à une fille porteuse d'un bec de lièvre (obs. xcii).

Quatre mères sont des septipares: la première a eu six gestations normales — une autre a eu un avortement — les deux dernières en ont eu trois.

Une femme qui accouche pour la huitième fois, a eu ses sept premières grossesses normales, avec enfants normaux.

Une autre a eu quatre avortements au cours de ses onze gestations, en outre, trois de ses enfants sont morts de convulsions.

Enfin deux mères accouchent pour la treizième fois: la première a eu huit avortements; la seconde (obs. ix), a eu un hydrocéphale à sa huitième gestation et un avortement à sa neuvième.

Nous sommes dès maintenant frappés par le grand nombre des femmes qui ont fait des avortements, nous en trouvons 24, soit environ 22,5%. Si dans plusieurs cas ces avortements peuvent être attribués à une maladie pendant la grossesse ou à une chute (?), dans un certain nombre d'autres, nous sommes en droit de penser à une origine spécifique.

Dans l'obs. viii, la femme secundipare voit sa première grossesse interrompue au bout de six mois et accouche d'un garçon mort et macéré.

Dans l'obs. ix, la femme accouche pour la treizième fois, elle a présenté de la polyhydramnie à la huitième grossesse et a accouché d'un hydrocéphale. La neuvième grossesse a été interrompue à trois mois et demi. Enfin son dernier enfant est hydrocéphale et présente de nombreuses malformations.

Dans l'obs. xxxv, femme tertipare, première grossesse, avortement au cours du cinquième mois, fœtus mort et macéré; deuxième grossesse, accouchement au cours du septième mois d'un enfant mort.

M^{me} I. (obs. xlv) accouche pour la onzième fois. Ses deux premiers enfants sont morts de convulsions. Les 6^e, 7^e, 8^e et 9^e grossesses sont interrompues par un avortement.

M^{me} M. (obs. lv) est à sa septième grossesse, elle a eu trois avortements dont un gemellaire au cours du cinquième mois.

M^{me} F. (obs. lxxvii), septipare, a trois enfants normaux de son premier mari et trois avortements avec le second. A sa septième grossesse, elle donne naissance à un fœtus mort et macéré, hydrocéphale et porteur d'un bec de lièvre.

M^{me} E. (obs. lxxvi), septipare, voit ses quatrième, cinquième et sixième grossesses interrompues à 2

mois et demi. Son septième enfant meurt après quelques inspirations. Il présente de nombreuses malformations.

M^{me} L. (obs. LXXXVI), a huit avortements au cours de ses treize grossesses.

M^{me} B. (obs. XCII), sextipare, fait à ses deuxième et troisième grossesses des avortements de trois et cinq mois. A la quatrième elle donne naissance à une fille porteuse d'un bec de lièvre.

Antécédents paternels

Nous n'avons pu les retrouver sur toutes les observations.

Ils sont de professions diverses, mais appartiennent presque tous à la classe ouvrière.

Sept fois nous avons des antécédents paternels pathologiques: trois cas de tuberculose, l'un d'eux (obs. xxii) éthylique et syphilitique est décédé quelque temps avant la naissance de son enfant.

Deux cas suspects de syphilis dont un (obs. ix), a été interné pour délire alcoolique.

Un décès par broncho-pneumonie.

Un cas de réforme pour (?).

Nous notons en outre deux cas de consanguinité (obs. iv et ix) où le père et la mère sont cousins germains.

Histoire des gestations et des accouchements

88 de ces femmes ont eu des gestations normales.
10 ont eu des vomissements au début de leur grossesse.

6 (obs. XVII, LXV, LXXX, XCIV, XCVII), ont présenté de la poly-hydramnie.

2 (obs. c et LXXX), ont fait des hémorragies au cours de leur grossesse.

3 (obs. VI, XXXVIII et LX) avaient un utérus fibromateux.

Deux ont eu des pertes jaunâtres.

Une autre (obs. XXXV) présentait une malformation utérine.

Une autre a fait une néphrite.

Enfin une dernière avait des urines sanguinolentes et n'a pu conduire sa gestation au delà du sixième mois.

Trois mères ont eu des gestations doubles:

Chez la première (obs. XLII), le premier jumeau, un garçon, présentait un bec de lièvre, le deuxième, une fille, était normal.

La seconde (obs. XLVIII) a eu deux filles, la première normale, la seconde porteuse d'un bec de lièvre.

La troisième (obs. xci) a eu deux garçons, le premier porteur d'un bec de lièvre et d'un pied bot bilatéral, le second paraissant normal, mais décédé une heure et demie après sa naissance.

73 gestations ont été conduites jusqu'à terme;

7 jusqu'à quelques jours avant le terme;

13 jusqu'à 8 mois et demi;

6 jusqu'à 8 mois;

5 jusqu'à sept mois;

Une jusqu'à six mois et demi;

Une jusqu'à six mois.

Accouchements

102 accouchements ont été spontanés et normaux; les quatre autres ont nécessité: une basiotripsie, une application de forceps, une opération césarienne, une grande extraction du siège.

97 enfants se sont présentés par le sommet, soit environ 95%. Dans 83 observations nous avons pu retrouver la variété de présentation.

O. I. G. A.	50, soit	60 %
O. I. D. P.	22, soit	26,7 %
O. I. G. T.	5, soit	6 %
O. I. D. T.	5, soit	6 %
O. I. D. A.	1, soit	1,3 %

Neuf enfants se sont présentés par le siège:

S. I. G. A. 4

S. I. G. T. 1

Variété ? 4

Le poids moyen des placentas a été de 500,8 gr. Nous étudierons plus loin le rapport fœto-placentaire.

79 fois les membranes ont été mesurées, 20 fois, soit environ 25% des cas, le petit côté est égal ou inférieur à 5 cm.

Etat des enfants

Parmi les 106 enfants, 64 soit environ 60,4% sont des garçons; 41 soit 38,7% sont des filles; un enfant est de sexe indéterminé.

La plupart des auteurs qui ont étudié cette question ont constaté comme nous que les malformations labio-palatines se rencontrent plus fréquemment dans le sexe masculin. Hang, en 1904, recueille 2.352 cas de becs de lièvre, opérés dans différents services de chirurgie, aux U. S. A. et trouve 64% de garçons pour 35% de filles; J. S. Davis trouve 70,83 % de garçons contre 29,17% de filles.

Le poids moyen des garçons est de 2.959,7 gr. alors que normalement il doit être de 3.130 gr. Leur

taille moyenne est de 46,1 cm. au lieu de 49,8 chez les enfants normaux.

Le poids moyen des filles est de 2.824 gr., la taille moyenne 48,2 cm., les statistiques donnent pour les filles normales 3.020 gr. et 49,3 cm.

Garçons et filles ont un poids moyen de 2.890 gr.

Le rapport fœto-placentaire moyen est donc 5,76, légèrement plus petit que la normale: 6.

Dans 21 cas le rapport fœto-placentaire est égal ou inférieur à 5, ce qui paraît être un nouvel argument en faveur de l'origine spécifique de plusieurs de ces malformations.

Mortalité

Dix enfants étaient morts à la naissance, trois étaient macérés (6^e et 7^e mois de la gestation). Six d'entre eux présentaient des malformations associées: Obs. ix hydrocéphalie, hernie ombilicale et polydactylisme; obs. ix hydrocéphalie; obs. lxii, pieds bots et mains bottes, gros foie; obs. lxvii, hydrocéphalie; obs. lxviii, malformation du pénis, absence de méat et gros foie; obs. lxxvii, doigts avec une seule phalange.

Six sont morts dans les heures qui ont suivi la naissance.

Cinq d'entre eux présentaient des malformations associées:

Obs. XIX, division de la voûte palatine, malformation des oreilles et pieds bots.

Obs. XXIX, anencéphalie et spina-bifida.

Obs. LXV, bec de lièvre bilatéral total, absence d'oreilles et malformation des yeux.

Obs. LXXVI, perforation du voile du palais, hypospadias, malformation des membres.

Obs. XCI, premier né d'une grossesse gemellaire, pieds bots, le second œuf présentait de la polyhydramnie.

Neuf sont décédés dans les dix jours qui ont suivi la naissance.

Un prématuré est mort le premier jour. Il présentait un bec de lièvre unilatéral. (Obs. LXXV.)

N'ont pas atteint la fin du deuxième jour deux enfants qui présentaient, l'un (Obs. XVIII) un bec de lièvre unilatéral total et une hernie ombilicale, l'autre de la poly et de la syndactilie et de l'atrophie de la verge en plus de son bec de lièvre (Obs. XCIII).

L'enfant de l'obs. n° C meurt le troisième jour; avec, outre sa malformation labio-palatine, un épispadias et une imperforation anale.

Un autre meurt le quatrième jour avec une division palatine (Obs. XXXIII).

L'enfant n° XXVIII, prématuré, meurt le cinquième jour avec un bec de lièvre simple et unilatéral.

Le sixième jour deux enfants meurent; l'un présentait un bec de lièvre bilatéral total et des malfor-

mations des yeux (Obs. 1) Le second (un jumEAU), meurt d'un érysipèle de la face (Obs. XLII).

La mortinatalité et la mortalité dans les premiers jours qui suivent la naissance atteignent la proportion de 22,5 %.

C'est ce qui explique, en partie, le pourcentage, plus faible que le nôtre, donné par les auteurs classiques qui ont dû n'observer que des enfants dans les services de chirurgie et n'ont pas vu ceux qui avaient succombé avant leur sortie des maternités.

Parmi les 82 enfants qui sont sortis vivants de la clinique Baudelocque et de la Maternité, 20 % environ étaient débiles, et il est fort probable que plusieurs d'entre eux ont succombé car, dans les services de chirurgie des Enfants assistés et des Enfants malades, où sont opérés presque tous les enfants de la région parisienne atteints de malformation de la bouche, nous n'avons retrouvé qu'un très petit nombre d'enfants dont nous avons les observations.

Six ont été opérés aux Enfants malades, neuf aux Enfants assistés. L'un d'eux présentant un bec de lièvre unilatéral total, un pied bot et des malformations des mains y a succombé de broncho-pneumonie.) (De l'année 1894 à 1926.)

Cinq enfants porteurs de becs de lièvre simples ont été opérés: trois avant leur sortie de la Maternité et deux avant de quitter la clinique Baudelocque.

Etude des malformations

Dans 25 observations nous n'avons pu retrouver la variété de la malformation.

Sur les 555 cas qu'il a étudiés, Hang trouve:

Becs de lièvre unilatéraux simples: 130, soit 25%.

Becs de lièvre bilatéraux simples: 18, soit 3%.

Becs de lièvre unilatéraux totaux: 274, soit 49%.

Becs de lièvre bilatéraux totaux: 133, soit 23%.

M. Veau, dans les Annales d'anatomie pathologique de Juillet 1925, donne la statistique suivante, portant sur 400 cas:

Unilatéraux simples: 133, soit 33%.

Bilatéraux simples: 28, soit 7%.

Unilatéraux totaux: 193, soit 48%.

Bilatéraux totaux: 46, soit 12%.

Les cas vus par M. Veau ont été vus à l'Hôpital et sont par conséquent des enfants qui ont survécu, ce qui explique le nombre relativement élevé des becs de lièvre simples.

Becs de lièvre simples ou fissures labiales. —

Nous avons 17 observations de fissures labiales sans division de la voûte palatine.

Quinze sont unilatérales. Deux ne portant pas d'indication de côté (obs. XLIX et CII). Trois fois la fissure est située à droite (obs. XXI-XXVIII et LXXXVIII).

Dix fois elle est située à gauche (obs. VII-XXXI-XXXVI-XLIII-XLVIII-LXXIII-LXXXII-LXXXIV-XCVII et XCIX).

Elle est deux fois bilatérale (obs. XLIX et CII).

Ce qui nous donne:

Unilatéraux	15 soit	88%
Bilatéraux	2 soit	12%
Gauches	10 soit	76%
Droits	3 soit	24%

La statistique de M. Veau donne 65% de fissures à gauche contre 35% de fissures à droite.

Becs de lièvre totaux, fissures labio-palatines. —

Dans cinquante cas il y a co-existence d'un bec de lièvre avec une fissure palatine. Trente-cinq fois la lésion est unilatérale.

Le côté de la fissure n'a pas été mentionné dans 16 observations.

Quatorze fois nous avons affaire à un bec de lièvre unilatéral gauche (obs. III-X-XXVII-XLII-LIII-LIV-LVII-LIX-LXI-LXIV-LXXXVI-XCVI).

Cinq fois la lésion est à droite (obs. XI-XVIII-XXXVIII-XXXIX-XLVI).

Elle est bilatérale dans quinze observations (I-XII-XIII-XIV-XXII-XXIV-XXXVII-L-LV-LXV-LXVII-LXX-LXXXII-LXXXI et CVII).

Dans l'observation CVII le bec de lièvre bilatéral est compliqué d'une malformation intéressant: non la voûte palatine, mais le voile du palais, perforation médiane, plus loin il n'y a pas de luvette, mais

deux moitiés de l'utérus, non accolées. La mère présente une malformation de la voûte palatine, elle n'a pu donner de renseignements sur ses antécédents; elle aurait été opérée d'un bec de lièvre à un an.

Nous trouvons donc les proportions suivantes:

Unilatéraux	35	soit	70%
Bilatéraux	15	soit	30%
Gauches	14	soit	73%
Droits	5	soit	27%

Fissures palatines. — Nous trouvons quatorze cas dans lesquels la lésion porte sur la voûte palatine ou le voile sans que la lèvre ni le rebord alvéolaire aient été touchés (Obs. xvi-xix-xx-xxiii-xxvi-xxxiii-xl-xli-lvi-lxii-lxiii-lxviii-lxxi et lxxvi).

Nous pouvons donc établir maintenant les proportions suivant lesquelles se présentent les fissures de la lèvre et du palais:

Becs de lièvre	92	soit 86,7%
Fissures vélo-palatines	14	soit 13,3%

Becs de lièvre simples	17	soit 21 %
Becs de lièvre totaux	50	soit 62 %
Divisions vélo-palatines	14	soit 17 %

Pour les fissures labiales et labio-palatines:

Becs de lièvre simples	17,	soit 26 %
Becs de lièvre totaux	50,	soit 74 %

Unilatéraux simples	15, soit 22,5%
Bilatéraux simples	2, soit 3 %
Unilatéraux totaux	35, soit 52 %
Bilatéraux totaux	15, soit 22,5%

Nous remarquons la grosse différence qui existe entre les proportions que nous trouvons pour les unilatéraux simples et totaux et les proportions que trouve M. Veau dans sa statistique. En effet, sur 400 cas d'enfants vivants qu'il a étudiés aux Enfants assistés, M. Veau trouve 33% d'unilatéraux simples et 48% d'unilatéraux totaux, c'est-à-dire une différence de 15 entre les deux proportions, tandis que nous trouvons 30. Ceci nous amène à penser que beaucoup d'enfants porteurs de becs de lièvre totaux succombent avant de passer dans un service de chirurgie.

Malformations associées

Dans 21 cas la lésion labio-palatine est accompagnée d'une ou plusieurs autres malformations.

Les malformations des mains et des pieds sont les plus fréquentes. Nous en trouvons dans dix observations.

Obs. vi, Pied bot, hypospadias;

Obs. ix, Polydactylie, hernie ombilicale.

Obs. xix, Pieds bots, malformation des oreilles;

Obs. lxi, Pieds bots, mains bottes et gros foie;

Obs. lxx, Pieds bots et syndactylie;

Obs. lxxvi, Malformation des mains et des pieds et hypospadias.

Obs. lxxvii, Malformation des mains avec atrophie des organes génitaux.

Obs. lxxx, Syndactylie à la main droite, doigts rudimentaires à la main gauche, absence de l'orteil;

Obs. xc, Polydactylie;

Obs. xciii, Poly et syndactylie, atrophie de la verge.

Nous trouvons deux cas d'hydrocéphalie (obs. lx et lxxvii). Deux cas de hernie ombilicale (obs. ix et xviii). Deux d'hypospadias (obs. vi-lxxvi).

Trois cas de malformation des yeux et des oreilles (Obs. I-XIX-LXV).

Cinq cas de malformation des organes génitaux (Obs. XXVI-LXVIII-LXXXVII-XCIII et CIV).

Un encéphalocèle (Obs. XXXVII).

Un anencéphale avec spina-bifida (Obs. XXIX).

Enfin une imperforation anale avec épispadias (Obs. C).

Hérédité

Nous n'avons trouvé aucun cas d'hérédité paternelle. Quatre fois la mère présentait la même malformation que son enfant (Obs. xxv-xxvii-xliv-cvii).

Dans le premier de ces cas (obs. xxv) la grand'mère de l'enfant présentait elle aussi une malformation labio-palatine.

Dans les observations lxiii et xcii on trouve un bec de lièvre parmi les collatéraux de l'enfant.

La proportion des cas héréditaires est d'environ 5 et demi % se rapprochant de la proportion donnée par Haymann et s'éloignant de celle donnée par les autres auteurs allemands.

Syphilis

La syphilis semble se rencontrer dans 37 cas, soit environ 35%.

Outre les cas que nous avons étudiés au chapitre des antécédents obstétricaux, nous relevons quatre cas de poly-hydramnie (obs. xvii-Lxxx-xci et xciii).

Quatre femmes ont reçu au cours de leur grossesse un traitement anti-spécifique.

Dans quinze cas le rapport fœto-placentaire, égal ou inférieur à cinq, nous fait suspecter une origine spécifique de la malformation.

Deux fois l'enfant mort à la naissance présentait un gros foie et une grosse rate.

Une fois (obs. xxx) la mère a présenté une roséole au cours de sa grossesse.

Dans deux cas, la syphilis est d'origine paternelle.

CONCLUSIONS

Les malformations congénitales de la lèvre et du palais sont des malformations beaucoup plus fréquentes que ne l'indiquent les statistiques classiques puisque nous en trouvons un cas pour 942 naissances. D'accord avec les auteurs américains qui en trouvent un pour neuf cent quinze.

Les auteurs classiques qui donnent comme fréquence une malformation pour 3.000 enfants n'ont vraisemblablement fait porter leurs statistiques que sur les enfants observés dans les services de chirurgie.

Toutefois, la grande différence qui existe entre la proportion donnée par les classiques et celle que nous avons donnée d'après les statistiques de maternités, nous montre combien est grande, pendant les premières années, la mortalité chez les enfants porteurs d'une malformation labio-palatine.

Il semble que la syphilis joue un rôle important dans l'étiologie de ces malformations.

Le Président de thèse,
COUVELAIRE.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — Hérité morbide (1919).
- BROCA. — Bec de lièvre complexe de la lèvre supérieure.
- BROCA P. — Sur les causes des difformités congénitales.
- J. S. DAVIS. — The incidence of congenital clefts of the lip and palate. *Annals of Surgery* 1924, T. II, p. 363.
- DUFOUR. — Rapport du poids fœtal au poids placentaire dans les malformations fœtales. Thèse Paris, 1902.
- FOUQUERNIC. — Descendance comparée des alcooliques et des syphilitiques. Thèse Bordeaux, 1906.
- LEQUEUX. — Malformations congénitales multiples et héréditaires.
- LEPAGE. — Baudelocque, 1897.
- PINARD. — Baudelocque, 1901.
- SCHMITZ. — Rôle de l'hérédité et de l'amnios dans la pathogénie du bec de lièvre. Thèse Paris, 1904.
- VEAU. — Les formes anatomiques du bec de lièvre ordinaire. *Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, juillet 1925.
- VEAU. — Becs de lièvre. *Revue de stomatologie*. Novembre 1925.
- LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire.



ACHEVÉ D'IMPRIMER
LE TRENTE MAI MIL NEUF CENT VINGT-NEUF
SUR LES PRESSES MODERNES
DES FRÈRES ANDRIOT, MAITRES-IMPRIMEURS
A CHAUMONT



